

- [24] Munford R, Lu M, Varley A. Chapter 2, kill the bacteria and also their messengers? [J]. *Adv Immunol*, 2009, 103 (3):29-48.
- [25] Lu M, Varley AW, Ohta S, et al. Host inactivation of bacterial lipopolysaccharide prevents prolonged tolerance fol-

lowing gram-negative bacterial infection [J]. *Cell Host Microbe*, 2008, 4(3):293-302.

(收稿日期:2013-05-20 修回日期:2013-07-28)

· 综 述 ·

心理干预相关研究进展

孔 燕 综述, 李 敏 审校

(1. 北京 316 医院妇产科 100093; 2. 第三军医大学心理学教研室, 重庆 400038)

关键词: 心理干预; 行为疗法; 认知疗法; 心理治疗技术

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2013. 29. 044

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)28-3567-03

随着社会经济的发展, 心理干预(psychological intervention) 呈现越来越重的地位。心理干预指在心理学理论指导下有计划、有步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或行为问题施加影响, 使之发生朝向预期目标变化的过程。20 世纪末, 行为治疗的理论和技术兴起, 使心理干预成为富有成效的治疗手段。现代心理干预从支持疗法、精神分析疗法, 到家庭疗法及各种行为疗法等。也有将心理干预治疗当做心理社会治疗或教育治疗, 生活技能训练, 还有当做人格和自我发展的手段, 本文就心理干预方法进行综述。

1 心理干预三级系统

1.1 一级干预 一级干预也称为健康促进(health promotion), 是指在普通人群中建立适应良好的行为、思想和生活方式。干预面向普通人群, 通过教育示范, 灌输健康的生活方式, 应激管理, 增强乐观、个人控制, 增强社交能力, 促进心理健康和幸福感^[1], 包括应激的处理、锻炼、充足的睡眠、健康饮食、社交能力培训等, 避免物质滥用、违法犯罪、酒后驾驶等。应激管理: 学习工作压力、家庭矛盾冲突、经济问题、暴力威胁、生活快节奏都容易导致强烈应激, 应激可使躯体疾病、焦虑和抑郁障碍的发生率明显增加。应激管理核心内容是放松技术, 该技术重点在减弱应激所致的情绪和心理警觉反应, 因而能够预防应激所致的负性情绪和躯体疾病^[2]。积极心态塑造: 增强乐观、个人控制和自我效能感, 这些积极的信念、认知方式和态度会使个体作出更积极的情感反应, 增强社交能力, 也更有利于身心健康。

1.2 二级干预 二级干预也称为预防性干预(preventive intervention), 是指有针对性的采取降低危险因素和增强保护因素的措施。通过心理辅导对有心理障碍和高危人群进行预防性干预, 减少发生心理障碍的危险性。又分为针对高危因素进行普遍性干预(universal preventive interventions)、选择性预防干预(selective preventive interventions)、针对有心理障碍先兆和体征的人群指导性预防干预(indicated preventive intervention)。干预越早, 效果越好。二级干预的主要做法是消除危险性因素, 增加保护性因素, 阻断心理障碍的过程, 减少出现不良后果的可能性^[3]。

1.3 三级干预 三级干预也称为心理治疗(Psychotherapy), 是以医学心理学的各种理论体系为指导, 运用心理治疗的有关

原理和技巧, 通过专门训练的人员以慎重认真的态度与患者建立一种职业性的联系, 以良好的医患关系为桥梁, 应用心理学技术改善患者心理条件, 以消除、矫正或改善有心理障碍患者的情绪, 调节异常的行为模式, 促进积极的人格成长和发展, 达到改善患者的心理状态和行为方式, 从而减轻痛苦、消除心理障碍^[4]。针对不同群体制订不同的心理干预治疗措施, 使患者偏离正常的人格向正常方向发展^[5]。三级干预适用于综合医院的有关患者, 比如急、慢性患者以及心身疾病患者、神经症患者和精神患者恢复期、性行为障碍、肥胖、烟酒瘾、口吃、自卑、自责、攻击、失眠等。

2 心理干预方法

2.1 精神分析疗法(psychoanalytic psychotherapy) 又称为心理分析、心理动力学疗法, 是弗洛伊德所创立。强调无意识中幼年时期的心理冲突对人的心理、行为的影响, 使之意识化并解决冲突是其中中心任务^[6]。目的不仅是消除患者症状, 更重要的是人格重建、改变思维模式及行为模式。其基本技术包括: 自由联想、阻抗、移情、梦的分析、解释、非特异性技术(倾听、共情、反应技术、提问及引导技术)^[7]。精神分析理论强调潜意识中幼年时期的心理冲突在一定条件下可转化为各种神经症状及身心症状, 因此, 通过自由联想等方法, 帮助患者将压抑在潜意识的各种心理冲突挖掘出来, 使患者重新认识并改变自己, 促进人格成熟, 达到治疗的目标^[8]。

2.2 行为治疗(behavior therapy) 根据行为学习及条件反射理论, 首先对患者的病理心理及其有关功能障碍进行行为学方面的确认、检查以及环境影响因素的分析, 然后确定操作化目标和制定干预的措施, 对个体进行反复训练, 矫正和消除不良行为并建立一种新的条件反射和行为^[9]。行为主义学派认为人的各种行为是从复杂多变的外界环境中学习得来的, 异常行为完全有可能通过学习来调整和改变, 根据操作性条件反射理论, 最终形成新的健康行为。

行为疗法的类型包括应答性行为治疗、操作性行为疗法、替代学习疗法、自我调节法。应答性行为比如系统脱敏法、满灌法、厌恶疗法、消退疗法、发泄法和思维阻断疗法等。操作性行为疗法比如奖励、惩罚、行为塑造等。

2.2.1 系统脱敏法 又称对抗条件疗法或交互抑制法, 认为人和动物的肌肉放松状态与恐惧焦虑的情绪状态是相互对抗

的,一种状态必然对另一种状态抑制。治疗师帮助患者建立与不良行为反应相对抗的松弛条件反射,将放松状态用于抑制焦虑反应,最终使不良行为得到矫正^[10]。

2.2.2 满灌疗法 又称冲击疗法、暴露疗法。在治疗开始就让患者处于最恐怖的情景,并保持相当时间,不允许患者逃避,直接消除不良反应,即把能引起患者极大恐惧的刺激暴露给患者,置他于恐怖的情景中,取其物极必反效果,从而消除恐怖情绪。适用于恐怖症、焦虑症等。具有方法简单、疗程短,收效快的优点。但患者在治疗中痛苦大,实施难。一旦失败,病情会加重;应严格选择治疗对象,否则欲速不达。治疗过程中注意排除严重的心脏病、高血压等;事先必须对患者做解释和疏导工作;告知治疗的目的、意义^[11]。

2.2.3 厌恶疗法 又称去条件反射治疗,即在某一特殊行为反应之后给予厌恶刺激,形成条件反射,最终抑制或消除此行为。适用于治疗各种成瘾行为(药瘾、酒瘾、烟瘾、毒瘾)、赌博、肥胖症、强迫症、性变态、精神疾病等多种适应不良行为。

3 展 望

目前,根据疾病构成发生的根本性变化,建立起适应社会发展的“生物-社会-心理”医学模式,从以往的以“疾病为中心”转变为“以人为中心”,注重对生命内在质量、人性的以及个人、家庭、社会全面的分析,获得各方的支持。

认知疗法,是 20 世纪末发展起来的一种新的心理治疗技术,是行为疗法的一种发展,是通过认知和行为技术来改变患者不良认知的一类心理治疗方法的总称。它认为,认知过程是一种内隐的行为;它遵循教育和学习原理,吸收了行为矫正技术,对人进行指导训练^[12]。认知疗法认为:不良认知导致的情绪和非适应性行为,认知过程对行为起着重要的决定作用,是决定人的情绪、动机和行为的关键。所以,治疗原则是通过修正患者有意识的思想来修正患者的情绪和行为^[13]。其重点在于信念、知觉、思维等内部思想的改变,矫正其对人、事错误、扭曲的认知,从而改善其心理行为^[14]。

认知疗法的基本方法包括认知分析疗法(cognitive-analytical therapy,CAT)和认知行为疗法(cognitive-behavioral therapy,CBT)。目前已广泛用于焦虑症、抑郁症、恐怖症、物质成瘾、进食障碍等。

患者中心疗法,是以患者为中心,强调鼓励患者的主观能动性,激发其潜能,不主张给予疾病诊断,治疗者更多是倾听、接纳与理解患者,给患者提供一个特定的氛围,重新探索自我和理解自我,治疗自己^[15]。治疗的特点:以患者为中心,把心理治疗看成是一个非指令性转变过程。治疗师在治疗过程中表达 3 种态度:(1)无条件的积极尊重与接纳,关注其情感,信任患者改变和成长的能力,对患者不评价、不诊断,不以专家自居,不教育、不指责、不决定、不替患者承担责任。(2)依理或设身处地的理解:即以患者看待世界的方式理解他的行为,使患者感到自己被接纳和理解,促进其自我表达和自我探索。(3)真诚、和谐:要求医生不伪装,表里如一、真诚自然^[16]。此方法适用于正常人群和普通心理咨询,咨询对象无心理或精神障碍^[17]。

集体疗法,包括医患之间、患者及家庭之间的交流。国外许多城市都建立了病友俱乐部等组织,实质是集体疗法的一种模式,通过交流达到减少不良情绪,改善不良行为的效果。同时加强对家属的宣传工作,使他们明白自己的言行及情绪对患

者的影响,使其家属学会控制自己的不良情绪,并帮助、督促、观察、安慰患者,强化心理干预的效果^[18]。国内相关组织不多。

随着科学及社会经济的发展,个体化的综合心理干预方法,会更加适应及满足现代人的健康需求。心理干预作为常规生物治疗的辅助手段,将逐渐发展为各类患者所用,比如:妇产科不孕不育、孕期产后抑郁,老年多病焦虑,癌症患者、外科骨折、空巢家庭等均可与临床治疗紧密结合并综合应用,与单一专科治疗相比,能更加有效地改善患者的疾病状态,提高治疗效率,稳定患者焦虑、抑郁情绪,减轻心理痛苦,提高生活质量。

总之,心理干预治疗,在亚健康状态及疾病患者治疗中,在与患者相关的亲属乃至在全社会中,必将被更深的挖掘其价值及得到更加广泛的应用。

参考文献:

- [1] Mattered U, Diepgen TL, Weisshaar E. Effects of a health-educational and psychological intervention on socio-cognitive determinants of skin protection behaviour in individuals with occupational dermatoses [J]. *Int Arch Occup Environ Health*, 2010, 83(2): 183-189.
- [2] Dorstyn DS, Mathias JL, Denson LA. Psychological intervention during spinal rehabilitation: a preliminary study [J]. *Spinal Cord*, 2010, 48(10): 756-761.
- [3] Garnefski N, Kraaij V, De Graaf M, et al. Psychological intervention targets for People with visual impairments: the importance of cognitive coping and goal adjustment [J]. *Disabil Rehabil*, 2010, 32(2): 142-147.
- [4] 杨佳. 心理干预在口腔癌治疗中的研究进展 [J]. *医学综述*, 2012, 18(3): 412-414.
- [5] 季建林. 综合医院常见心理问题的行为干预 [J]. *医学与哲学*, 1995, 16(11): 592-594.
- [6] 梁兴, 张秀琴. 精神分析法治疗强迫症 13 例报告 [J]. *健康心理学杂志*, 2003, 11(3): 194-195.
- [7] 蔡成后, 杨柳慧. 强迫症治疗中心理干预的方法学特征 [J]. *中国临床康复*, 2005, 9(24): 122-123.
- [8] Sloman R. Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced Cancer [J]. *Cancer Nurs*, 2002, 25(6): 432-435.
- [9] Isasi AG, Echeburúa E, Limiúana JM, et al. How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial [J]. *J Affect Disord*, 2010, 126(1-2): 80-87.
- [10] Gorayeb RP, Petean EB, de Oliveira Pileggi F, et al. Importance of psychological intervention for the recovery of children submitted to elective surgery [J]. *J Pediatr Surg*, 2009, 44(7): 1390-1395.
- [11] Thornton LM, Andersen BL, Schuler TA, et al. A psychological intervention reduces inflammatory markers by alleviating depressive symptoms: secondary analysis of a randomized controlled trial [J]. *Psychosom Med*, 2009, 71(7): 715-724.
- [12] Graves KD. Social cognitive theory and Cancer patients'

quality of Life; a meta-analysis of psychosocial intervention components[J]. Health Psychol, 2003, 22(2): 210-219.

[13] 李皎皎, 杨业兵, 陈波艳, 等. 短期职业暴露对个体心理健康影响的初步研究[J]. 第四军医大学学报, 2008, 29(18): 1722-1724.

[14] 何夏君, 黄芳玲, 钟彩笑, 等. 综合心理干预对职业暴露后护士情绪及应对方式的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(25): 2977-2979.

[15] Richardson MA, Post-White J, Grimm EA, et al. Coping, Life attitudes, and immune responses to imagery and group support after breast Cancer treatment[J]. Altern

Ther Health Med, 1997, 3(5): 62-70.

[16] 李慧. 持续心理干预对脑卒中患者疼痛的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(26): 2610-2612.

[17] Lamers F, Jonkers CC, Bosma H, et al. A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: a randomized trial[J]. Psychother Psychosom, 2010, 79(4): 217-226.

[18] 董继承, 张少丽, 王晓蕾. 综合心理治疗对精神分裂症患者认知功能影响的对照研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2009, 18(10): 891-893.

(收稿日期: 2013-05-19 修回日期: 2013-06-25)

· 综 述 ·

心房颤动抗凝治疗及其临床应用进展

蒋周琴 综述, 舒茂琴[△] 审校

(第三军医大学西南医院心血管内科, 重庆 400038)

关键词: 心房颤动; 新型抗凝剂; 临床应用

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.29.045

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)29-3569-03

心房颤动(房颤)是临床上最常见且治疗费用昂贵的慢性心律失常,是缺血性脑卒中的一项重要独立危险因素。非瓣膜病性房颤患者脑卒中的年发生率为 4.5%,而既往有脑卒中或一过性缺血事件发作者年复发率大于 12%,是房颤患者死亡的最主要原因^[1]。华法林虽然能降低房颤患者缺血性脑卒中的发生率,但它需要频繁监测凝血酶原时间(PT)、调整剂量,并受到药物食物等的影响,使其在临床工作中仅 50%左右患者能真正获益^[2]。随着直接 Xa 因子抑制剂(利伐沙班,阿哌沙班)及直接凝血酶抑制剂(达比加群)等新型口服抗凝剂(OAC)的出现,一些大型的随机-对照试验证明新型 OAC 可作为非瓣膜病性房颤抗凝治疗的另一个重要选择。

1 华法林在房颤中的应用

华法林是香豆素类抗凝剂的一种,在体内通过抑制维生素 K 依赖性凝血因子 II、VII、IX、X 发挥作用,这些凝血因子主要在肝脏内生成并通过细胞色素 P450 代谢。食物、饮酒、药物和遗传因素均可影响其作用。由于其治疗窗窄,剂量控制不好会增加血栓形成和出血事件的风险^[3]。

Meta 分析显示:与安慰剂相比,合适剂量的华法林可使缺血性脑卒中的发生率降低 67%,病死率降低 26%^[4]。与口服阿司匹林和阿司匹林、氯吡格雷联用的患者相比,华法林可分别降低缺血性脑卒中风险 52%和 40%。但是华法林的有效性和安全性与维持国际标准化比值(INR)2~3 的有效血药浓度有密切关系。有效血药浓度范围达到 70%~80%才能最大程度的获益,但这在临床实践中很难达到^[3]。因此新型 OAC 的研发尤为重要。

2 卒中和出血风险评估

平衡卒中和出血风险对于优化房颤患者血栓预防的治疗具有重要的指导意义。在房颤卒中和血栓栓塞危险分层方面,目前有多种指南。2006 年,美国心脏病学会/美国心脏学会/欧洲心脏病学会(ACC/AHA/ESC)颁布的房颤指南中就已推

荐使用 CHADS₂ 评分系统,分数越高卒中风险、主要心血管事件(死亡、心肌梗死)的风险越高^[5]。而 2012 年 ESC 指南推荐新的评分系统——CHA₂DS₂-VASC 评分^[6],这两种评分方法各有优缺点,前者简单实用、便于记忆,适用于非专业人员,但没有包括所有公认的卒中危险因素,2006 年中华医学会推荐这个评分系统。而后者包括的危险因素更完善、可以识别真正低风险的卒中且具有更高的血栓栓塞的预测价值^[6]。但评分过于复杂,实用性不如前者。CHA₂DS₂-VASC 评分大于或等于 2 分,应口服抗凝剂;CHA₂DS₂-VASC 评分=1 分,口服抗凝剂或阿司匹林,推荐口服抗凝剂;评分=0 分,服用阿司匹林或不抗凝,推荐都不用。但是对于年龄小于 65 岁的孤立性女性房颤患者,虽然 CHA₂DS₂-VASC 评分=1 分,但不需要抗凝,因为有研究提示年龄小于 65 岁的孤立性房颤患者,无论男女,卒中风险都很低^[7]。上述抗栓方案明显扩大了房颤患者服用抗凝剂的指征,阿司匹林的地位被进一步削弱。仅当患者拒绝使用任何 OAC 时,才考虑给予抗血小板疗法,阿司匹林+氯吡格雷双联抗血小板治疗优于阿司匹林^[6],但双联疗法出血风险与华法林相当。

另外,HAS-BLED 评分系统用于评估出血风险,它比其他的出血风险评估工具更简易且更具有预见性^[8]。评分越高提示出血风险、血栓栓塞或卒中的风险越高。HAS-BLED≥3 分为高危者,应规律复诊;HAS-BLED 评分高不能作为停用 OAC 的原因,而应及时纠正未被控制的危险因素^[6]。此种评分系统的不足之处在于:高血压,肝、肾功能,嗜酒程度,服用药物种类存在差异时,HAS-BLED 评分相同,但出血的风险未必真正的一致。

3 新型口服抗凝剂

大多数的新型 OAC 是人工合成的小分子物质,通过作用于特定的凝血途径,直接抑制特定的凝血因子。新型 OAC 包括:(1)直接 Xa 因子抑制剂(利伐沙班、阿哌沙班);(2)直接凝